

## Case management bij drugsverslaafden

### ABC voor implementatie en praktijk

Wouter Vanderplasschen • Judith Wolf

Case management biedt een toegevoegde waarde aan de bestaande interventies in de verslavingszorg, daar zijn zowel de (ervarings)deskundigen als de onderzoekers het over eens. In de Verenigde Staten en Canada is inmiddels een jarenlange ervaring opgebouwd met deze ondersteuning bij de behandeling van druggebruikers. Europa volgt, zij het nog enigszins schoorvoetend. Duidelijk is dat alleen een weloverwogen en goed gefaciliteerde implementatie kan leiden tot een succesvolle uitvoering. Maar dan moet wel eerst voldaan zijn aan een flink aantal voorwaarden.

De toepassing van case management kent een zekere traditie in de geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulpverlening en gehandicaptenzorg, maar is vrij nieuw in de verslavingszorg (1). De voornaamste reden voor de implementatie van case management in de Amerikaanse en Europese verslavingszorg was de vaststelling dat veel druggebruikers naast hun verslaving een veelheid van andere problemen hebben die aandacht vragen (2). In de Verenigde Staten speelden ook andere overwegingen mee, waaronder de beperkte en selectieve toegankelijkheid van de hulpverlening, tekorten in de kwaliteit van de aangeboden zorg en kostenbesparingen. In Nederland werd de toepassing van case management eerder ingegeven door de gebrekkige levenskwaliteit van veel langdurig verslaafden en de overlast die zij veroorzaken in grote en middelgrote steden (3). In Duitsland en België was de chronische en complexe problematiek van veel druggebruikers en het gebrek aan zorgcoördinatie en -continuïteit de belangrijkste reden om case management in te zetten.

Anders dan in de Verenigde Staten en Canada, waar case management voor de ondersteuning van druggebruikers sinds het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw op grote schaal is ingevoerd, staat de toepassing van deze interventie in Europa nog in de kinderschoenen (2). De ruimere beschikbaarheid en betere toegankelijkheid van de zorg in West-Europa en een minder grote nadruk op kostenbesparingen liggen hieraan ten grondslag. Desondanks is er in de verslavingszorg in Nederland, Duitsland en België de afgelopen jaren meer aandacht voor case management gekomen. Nederland telde in 2001 in totaal 52 (overwegend prille) projecten gericht op langdurig verslaafden (4). In de meeste Duitse grote steden zijn vergelijkbare projecten opgezet en momenteel gebruikt men deze interventie daar als psychosociale begeleiding binnen het experimenteel onderzoek naar de gecontroleerde verstrekking van heroïne. In België zet men case management in de verslavingszorg in bij 17 kleinschalige projecten, de meeste aansluitend bij de uitbouw van de crisisopvang voor personen met middelengerelateerde stoornissen (1).

Weloverwogen operationalisering en invoering van deze interventie blijken cruciaal voor het welslagen ervan (5-6).

De praktijkervaringen en het onderzoek uit Noord-Amerika (Canada en de Verenigde Staten) en West-Europa (Duitsland, Nederland en België) maken het mogelijk een overzicht te geven van de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn bij de invoering van case management. Deze informatie wordt hier systematisch aangeboden en biedt daarmee handvatten voor de verdere ontwikkeling van deze interventie. Dit gebeurt aan de hand van sleutelvragen die worden onderscheiden naar methodiek en model en naar organisatie en inbedding.

Wouter Vanderplasschen, en, (✉)  
*W. Vanderplasschen*, Vakgroep Orthopedagogiek Universiteit  
Gent

## Sleutelvragen over methodiek en model

### Wat zijn de doelen en wat is de doelgroep?

In de literatuur over case management in de verslavingszorg (2,7) ligt het accent vooral op doelstellingen die zijn gericht op de optimalisering van het zorgaanbod voor drugsgebruikers zoals:

1. het verbeteren van de continuïteit van zorg;
2. het bieden van omvattende en gecoördineerde hulp, zo lang als nodig is;
3. het toegankelijker maken van de hulp en het weg nemen van barrières voor het verkrijgen van de nodige hulp;
4. het verbeteren van de efficiëntie door cliënten op het juiste moment de juiste mix van interventies te bieden en te voorkomen dat grootverbruikers van verslavingszorginstellingen een disproportioneel beslag op de capaciteit leggen.

Minder vaak worden achterliggende doelstellingen genoemd zoals het verbeteren van de kwaliteit van leven, het verminderen van de schadelijke effecten van druggebruik, gecontroleerd middelengebruik of terugvalpreventie (6).

De doelgroep van case management is de groep langdurig verslaafden met meervoudige en complexe problemen. Het zijn mensen die maatschappelijk veelal marginaal functioneren en moeilijkheden ondervinden om in contact te komen of te blijven met de hulpverlening. Tot de specifieke doelgroepen behoren: zwangere vrouwen, moeders met jonge kinderen, adolescenten, chronische alcoholisten, dubbele diagnose-patiënten en drugsgebruikers besmet met HIV (3).

Case management wordt ook ingezet bij de begeleiding en opvolging van drugsgebruikers die contact hebben (gehad) met justitie (1). In de Verenigde Staten gebeurt dat door *Treatment Alternatives for Safer Communities (TASC)*, in Groot-Brittannië door de *drug courts* en in Nederland door de *Geïntegreerde Aanpak Verslavingsproblematiek en Overlast (GAVO)* en de *Strafrechterlijke Opvang Verslaafden (SOV)*.

### Wat zijn basisfuncties en taken?

Ondanks de wijdverspreide toepassing en populariteit van case management in Noord-Amerika, is er geen consensus over de definitie ervan. Eén van de eerste definities omschreef case management als: *‘that part of substance abuse treatment that provides ongoing supportive care to clients and facilitates linking with appropriate helping resources in the community’* (1). Nederlandstalige auteurs spreken van *‘het organiseren van de hulp- en*

*dienstverlening bij een complexe en langdurige problematiek om de cliënt zo min mogelijk hulpbehoevend en van anderen afhankelijk te leren zijn’* (8).

De interventie is beter te duiden in haar basisfuncties, omdat hierover wel overeenstemming bestaat (2,9). Samengevat zijn dat de volgende functies:

1. beoordeling van problemen, behoeften en mogelijkheden van cliënten (assessment);
2. planning, inclusief het opstellen van doelen en een zorgplan;
3. toeleiding naar, koppeling aan en coördinatie van diensten en opvang (linking);
4. volgen, evalueren en bijstellen van de zorg (monitoring);
5. belangenbehartiging (advocacy).

Lang niet altijd rekent men het actief traceren en contactleggen met cliënten, de *assertive outreach*, tot de basisfuncties van case management. Outreach wordt vooral beschreven in relatie tot moeilijk te bereiken en verborgen doelgroepen en vormt een elementair onderdeel van meer gespecialiseerde modellen van case management (bijvoorbeeld *strengths-based case management*, *assertive community treatment* en *klinisch case management*). Het opbouwen van een vertrouwensrelatie vergt immers vaak erg veel tijd en het is dan ook niet ongevoel als de case manager pas na vele contacten wordt geaccepteerd. Outreach kan hierbij een faciliterende rol vervullen (10).

Case managers kunnen naast deze basisfuncties ook therapeutische of dienstverlenende taken uitvoeren. Het betreft hier vaker dienstverlening, dan therapie (8). De primaire behandeling – zoals medische en psychologische hulp, voorlichting over uiteenlopende aspecten van verslaving en terugvalpreventie – gebeurt vooral door andere professionals. Case management geldt als ondersteuning bij de verschillende interventies in de verslavingszorg, geïntegreerd, toegevoegd of als nazorg. Deze dienstverlening bestaat uit diverse vormen van ondersteuning:

1. praktische hulp op diverse leefgebieden: ondersteuning bij het budgetteren, aanvragen van een uitkering, regelen van een ziektekostenverzekering, zoeken en/of behouden van huisvesting, regelen van vervoer, bemiddelen naar werk, enzovoorts;
2. acute hulp in crisissituaties;
3. ondersteuning bij het aan- of opnieuw leren van vaardigheden;
4. regelen van medische en/of psychiatrische hulp;
5. ondersteuning bij medicatiegebruik en vermindering middelengebruik;
6. bemiddeling naar rechtsbijstand;
7. bemiddeling tussen verslaafden en partner, familie, buurtbewoners en anderen;

8. ondersteuning van en voorlichting aan familie en vrienden;
9. zorg voor of organisatie van transport;
10. meehelpen bij het mobiliseren van bronnen en steunpunten in de omgeving van de verslaafde.

Naast de gunstige effecten van de dienstverlening mag de therapeutische waarde niet worden onderschat van een langdurige en continue ondersteuning door één en dezelfde ervaren zorgverlener (11). Zonder deze relatie is er geen sprake van case management, laat staan van positieve resultaten. De werkprincipes van case management voor verslaafden onderstrepen het belang van die goede werkrelatie (tabel 1).

Wat is het meest geschikte model van case management?

In de literatuur worden meestal vier modellen van case management onderscheiden: het *makelaarsmodel* met als uitgebreidere variant generalist case management, *Assertive Community Treatmentt (ACT)* met de variant *Intensief Case Management (ICM)*, *strengths-based case management*, en *klinisch case management*(2,8). Het onderscheid tussen deze modellen wordt in tabel 2

verduidelijkt. Het is vaak niet duidelijk welke overwegingen er aan de keuze voor het ene of het andere model ten grondslag liggen. Vooralsnog zijn de meeste praktijken slechts een flauwe afspiegeling van de theoretische modellen. Toch biedt een weloverwogen operationalisering en keuze voor één van deze modellen de beste garantie op een succesvolle toepassing (3,6)

Binnen het *makelaarsmodel* is het de taak van de case manager de behoeften en problemen van cliënten te identificeren en hen te helpen bij de toegang tot benodigde hulp (1). Planning blijft beperkt en van een langdurige intensieve werkrelatie is geen sprake. Door de relatief geringe inspanning per cliënt kan de case manager met heel veel cliënten werken, soms meer dan 100. De ervaring is dat dit model het beste werkt bij cliënten die niet ernstig verslaafd of gemarginaliseerd zijn, en (nog) voldoende steun genieten van hun omgeving. Er is slechts één studie bekend waaruit de effectiviteit van het makelaarsmodel blijkt in vergelijking met een andere interventie (12).

*Generalist case management* is een meer omvattende variant van het makelaarsmodel en hierin komen alle genoemde basisfuncties aan bod (3). De caseload is

**Tabel 1** . Belangrijke werkprincipes van case management in de verslavingszorg (SAMHSA, 1998)

is cliëntgeoriënteerd en werkt vanuit de behoeften en mogelijkheden van de cliënt;
betreft de cliënt bij de hulpverlening;
is maatschappijgericht en ondersteunt cliënten bij het functioneren in hun eigen omgeving;
is pragmatisch, begint 'waar de cliënt is' en biedt praktische hulp, ook als ingang voor eventueel andere vormen van hulpverlening;
biedt een integrale en omvattende aanpak en blijft niet beperkt tot het middelengebruik;
is pro-actief en anticipeert door gerichte actie op geobserveerde veranderingen in de toestand en/of het middelengebruik van cliënten;
is flexibel en past zich aan aan de veranderende behoeften en problemen van cliënten;
is sensitief voor en sluit aan op verschillen qua etnische afkomst, cultuur, religie, geslacht en leeftijd;
biedt cliënten in de persoon van een case manager één contactpunt met andere instanties en voorzieningen.

**Tabel 2** . Belangrijkste kenmerken van de genoemde modellen van case management (6)

modellenkenmerken	makelaarsmodel	assertive community treatment (ACT)	strengths-based case management	klinisch case management
onderscheidend kenmerk	coördinatie	totaalpakket	nadruk op sterke kanten en empowerment	case manager als rolmodel en psychotherapeut
actieve benadering	nee	ja	ja	ja
belang werkrelatie	redelijk groot	groot	groot	zeer groot
coördinatie of dienstverlening	coördinatie, geen of beperkte dienstverlening	dienstverlening	dienstverlening en coördinatie	dienstverlening en coördinatie
dienstverlening in thuissituatie	nee	ja	ja	ja
verantwoordelijkheid bij team of individu	individuele werker	team	individuele werker	individuele werker
multidisciplinair team	nee	ja	nee	nee
groei versus stabilisatie bij cliënt	eerder stabilisatie	groei	groei	eerder stabilisatie
paternalisme versus empowerment	eerder empowerment	paternalisme	empowerment	eerder paternalisme
caseload	35	15	15	10

meestal beperkt tot een dertigtal cliënten. In diverse onderzoeken – niet alle – blijkt dit model effectief te werken in vergelijking met andere interventies voor het in behandeling gaan en blijven, en voor terugvalpreventie na de behandeling (12).

*Assertive Community Treatment (ACT)* is het meest bekende model van case management, dat met succes is toegepast bij verschillende doelgroepen, waaronder mensen met ernstige en langdurige psychische problemen, mensen met een dubbele diagnose, ex-gedetineerden met verslavingsproblemen en daklozen (12). Essentiële ingrediënten van ACT zijn (2):

1. een actieve benadering van cliënten;
2. hulpverlening *in vivo*;
3. focus op praktische problemen;
4. betrokken belangenbehartiging;
5. caseload van maximaal 15 cliënten;
6. frequent contact tussen cliënt en case manager;
7. teambenadering waarbij case managers een gedeelde verantwoordelijkheid hebben voor alle cliënten van het programma;
8. langdurige betrokkenheid bij cliënten;
9. permanente bereikbaarheid.

ACT gaat uit van de chronische aard van de problemen van cliënten en wil hen vooral ondersteunen in het dagelijks functioneren (6). Case managers coördineren de zorg en spannen zich daarnaast in om cliënten vaardigheden te leren die nodig zijn om zelfstandig te kunnen leven. Ook familieondersteuning en crisisinterventie behoren tot de taken.

*Intensief case management (ICM)* is te beschouwen als een variant van ACT en is ontwikkeld om tegemoet te komen aan de behoeften van veelgebruikers van zorg (6). Een belangrijk verschil is dat bij ICM de caseloads *niet* door het team worden gedeeld, en bij ACT is dat wel het geval. ICM blijkt in vergelijking met andere interventies vooral effectief om de leefsituatie en het zorggebruik van druggebruikers met een complexe problematiek te stabiliseren (12). Niet alle studies konden dit effect echter aantonen.

*Strengths-based case management* onderscheidt zich door de focus op de sterke kanten en mogelijkheden van de cliënten. Het probleemoplossende vermogen wordt versterkt en gebruikt als vehikel voor het verkrijgen van hulp en ondersteuning, onder meer in de eigen omgeving (2). De relatie tussen cliënt en case manager staat centraal en de cliënten bepalen – in overleg met de case manager – in belangrijke mate zelf de doelen van de hulpverlening. Hierbij doet men nadrukkelijk een beroep op hulpbronnen uit de omgeving van de cliënt. In vergelijking met een controlegroep die deze interventie niet kreeg, leidde deze aanpak tot een verbeterde werksituatie

en verhoogde retentie. Een gevolg hiervan was een daling van het druggebruik en van de betrokkenheid bij criminele activiteiten (12). Ook de zeer positieve appreciatie van deze interventie door cliënten is opvallend.

Bij *klinisch case management* richt men zich – naast het case management – op therapeutische activiteiten en het aanleren van vaardigheden (3). Het opbouwen en gebruiken van een therapeutische relatie staan hierbij centraal. Gezien de beperkte caseload, de frequente contacten en de nauwe band tussen de case manager en de cliënt moet binnen dit model extra aandacht worden besteed aan een juiste balans tussen afstand en nabijheid. De case manager treedt op als rolmodel, en de cliënt maakt zich via imitatie en internalisatie gezond gedrag eigen (2). Klinisch case management is nog maar zeer weinig toegepast bij druggebruikers, maar de aanpak bleek in een quasi-experimentele studie effectiever dan de reguliere ambulante begeleiding (12).

Tot slot kan worden gesteld dat, in tegenstelling tot de toepassing van case management in de geestelijke gezondheidszorg, over het algemeen nog maar weinig informatie bekend is over de kernelementen en effectiviteit van de onderscheiden modellen van case management voor druggebruikers (3).

### Sleutelvragen over organisatie en inbedding

Beschrijvingen in de literatuur over de organisatie van case managementprogramma's zijn vrij schaars. Dikwijls ontbreekt informatie over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de interventie, de capaciteit van het programma (hoeveel cliënten kunnen maximaal van het aanbod gebruik maken?), de positionering van het programma (gebonden en deel uitmakend van één of meer instellingen, of ongebonden en min of meer 'zwevend' tussen instellingen?), de case managers (aantal, discipline, achtergrond, kwalificaties, caseload?), werkoverleg (apart case managementteam, deelname van specialisten aan het team, zoals medisch en/of psychiatisch geschoold personeel?), en de taken van de teamcoördinator. Hierna komen enkele vragen aan bod, waarvan sommige aspecten per model zijn terug te vinden in tabel 2.

Wat zijn de eisen aan het personeel?

Goede case managers zijn gemotiveerde werkers die bekend zijn met de populatie en in staat zijn op een respectvolle manier met verslaafden contact te maken en om te gaan. Verder moeten ze ervaring hebben met dit type werk, zelfstandig in uiteenlopende settings kunnen werken (op straat, op het politiebureau, in een

instelling), over goede communicatieve vaardigheden beschikken voor het onderhandelen met uiteenlopende belanghebbenden, stressbestendig zijn, doorzettingsvermogen hebben, adequaat risico's kunnen inschatten en in staat zijn tot goed teamwerk (2). De roep om goed gekwalificeerde en hoger opgeleide krachten als case managers in te zetten, is sterker geworden. Expertise en kwaliteit van werkers zijn belangrijker dan ervaring en kwantiteit. De functie van case manager is niet aan een bepaalde beroepsgroep gebonden. Soms worden ook ex-cliënten of vrijwilligers als case manager of outreach werkers ingezet.

Voor het dagelijkse werk van case managers zijn in ieder geval van belang (6):

1. voldoende en bij voorkeur voor dit werk vrijgestelde personeelsleden. Deze omkadering dient in verhouding te staan tot de problemen van de doelgroep, het aantal cliënten en de verwachte taken en verantwoordelijkheden;
2. een functieomschrijving met een heldere beschrijving van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden;
3. dagelijks of wekelijks teamoverleg voor uitwisseling van informatie over cliënten, het afblazen van stoom, enzovoorts;
4. regelmatige controle van de arbeidssatisfactie van case managers (monitoren van afbrandverschijnselen) en het voorzien in beloningen en loopbaanperspectieven;
5. garanderen van de persoonlijke veiligheid van case managers door het verschaffen van mobiele telefoons en, bijvoorbeeld, werken in duo's als de situatie daar om vraagt;
6. een programma- of teamcoördinator met voldoende bevoegdheden, die de doelgroep en het werk van binnenuit kent en zorg draagt voor methodiekontwikkeling.

Uit onderzoek blijkt dat er grote verschillen bestaan tussen case managers en tussen case management-programma's (5). Een geringe getrouwheid van de dagelijkse uitvoering aan het ingevoerde model en haar uitgangspunten wordt geassocieerd met minder goede behandelingsuitkomsten. De kloof tussen de feitelijke en beoogde interventie is te dichten door een uitgebreide training bij de aanvang, regelmatige supervisie, administratieve ondersteuning, het gebruik van protocollen en draaiboeken en een teambenadering (2).

In de Verenigde Staten heeft de grote variatie in de werkwijze van case managers geleid tot standaardisering van deze praktijk, onder meer door het formuleren van éénduidige richtlijnen. De Amerikaanse *National Association of Alcoholism and Drug Abuse* identificeerde case management als één van de acht counselingvaardigheden. De algemeen aanvaarde basisfuncties van case

management zijn inmiddels opgenomen in de lijst van verwijs- en coördinatiecompetenties van drughulpverleners (2). In Nederland is in nauwe samenwerking met experts (zoals cliënten, case managers en programma-coördinatoren) overeenstemming bereikt over een aantal indicatoren dat als toetssteen kunnen dienen voor de ontwikkeling en evaluatie van case managementprogramma's (13).

#### Wat is een adequate caseload?

De caseload van case managers varieert, maar ligt meestal niet hoger dan 15 à 20 cliënten bij intensieve contacten met de druggebruikers (tabel 2). Een teambenadering is niet alleen van belang bij een grote en moeilijke caseload, maar ook om de beschikbaarheid van de case manager uit te breiden en diens veiligheid zo goed mogelijk te garanderen. Er is weinig bekend over het effect van een hoge of een lage caseload. Sommige auteurs vonden weinig of geen effect van de intensiviteit van case management, terwijl anderen bij een hogere intensiviteit zowel gunstige als ongunstige effecten vonden (3).

Bij het bepalen van de omvang van de caseload moeten het type cliënten en het takenpakket van de case manager meewegen. Vanwege stressreductie en verminderde werkbelasting kiest men soms bewust voor een gedeelde caseload of voor het aanstellen van parttime case managers. Naar de effecten hiervan is echter nog geen onderzoek gedaan.

#### Hoe is de afstemming met het omringende netwerk?

Het succes van case management blijkt samen te hangen met de mate waarin het is geïntegreerd in het bestaande netwerk van diensten (9). Als niet wordt ingespeeld op structurele barrières in de zorgorganisatie is er immers een niet te onderschatten risico dat het case management ook een gefragmenteerd deel wordt van het zorgaanbod. Ridgely en Willenbring (7) gaan zelfs zover te veronderstellen dat '(...) *the effectiveness of case management may have more to do with the environment than with the functions of the program per se.*'

Het belang van een omvattend en samenhangend netwerk van voorzieningen en instellingen voor het welslagen van case management wordt in de literatuur vaak uitgedrukt in termen van een *community systems approach of community advocacy*. 'Without community advocacy, individual workers spend excessive amounts of time with individual clients attempting to jockey with competing agencies for scarce community resources' (14). Case managers hebben in dit opzicht niet alleen taken op het niveau van individuele cliënten, maar ook op buurt- of

wijkniveau. Die laatste taken zijn zeer tijdsintensief en bestaan uit het opbouwen van samenwerkingsrelaties met diensten en voorzieningen, het ontwikkelen van steunpunten, bronnen en hulpmiddelen in de nabije omgeving en voorlichting van het beleid en het publiek. Behalve de case managers, hebben de coördinatoren hier een belangrijke taak in het ontwikkelen en onderhouden van de ketenkwaliteit. Er zijn immers op management-niveau formele afspraken en overeenkomsten nodig over de verdeling van taken, de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van werkers, over het gebruik van gemeenschappelijke instrumenten voor beoordeling en zorgplanning en over het beheer, de uitwisseling en bescherming van cliëntgegevens (6).

### Tot besluit

Case management wordt de laatste jaren meer en meer toegepast in de Belgische en Nederlandse verslavingszorg en ook in andere West-Europese landen (3). Inzet is onder meer gezondheidsbevordering, reductie van overlast en een betere kwaliteit van leven voor verslaafden door betere zorgcoördinatie en continuïteit van zorg. De verwachtingen zijn hooggespannen, de investeringen – niet in de laatste plaats van de werkers zelf – aanzienlijk. Keuzes voor de implementatie van case management worden vooralsnog vooral lokaal bepaald (1,4). Hoewel aansluiting op de lokale context en het hier ontwikkelde netwerk van voorzieningen essentieel zijn voor het succes, worden er door deze werkwijze ook kansen gemist. Te meer omdat lokaal vaak geen systematische implementatiekennis beschikbaar is en leerervaringen meestal ook beperkt blijven tot de lokale situatie. De werkzaamheid van case management en andere interventies wordt echter niet primair bepaald door de uitvoering, maar door de operationalisering en implementatie (6). Hoe zwakker de invoering, hoe minder krachtig doorgaans de uitvoering en des te geringer de kans op effecten. Aan de hand van dit overzicht van beschikbare implementatiekennis over enkele essentiële elementen van case management hopen we de slaagkansen van deze praktijk in de toekomst te vergroten.

Een noodzakelijke volgende stap is om de besproken indicatoren voor de ontwikkeling en toetsing van case managementpraktijken verder uit te werken en van een nog breder draagvlak te voorzien. Het gebruik ervan in de praktijk kan bijdragen aan een systematische beschrijving van het aanbod – iets wat in Nederland en België momenteel nog goeddeels ontbreekt – en aan een verkleining van de verschillen tussen de case managementprogramma's. Deze indicatoren kunnen tevens in onderzoek

fungeren als meetlat om de afstand te bepalen tussen het beoogde en feitelijk gerealiseerde case management.

Enigszins verontrustend is dat – ondanks de forse toename van case managementpraktijken – er in Nederland en België tot nu toe weinig systematisch onderzoek is gedaan naar case management. In de Verenigde Staten is dit wel gebeurd en daaruit blijkt dat de werkzaamheid van deze interventie zich vooral bewijst door een betere toegankelijkheid van de zorg, hogere deelname aan en retentie in behandelingsprogramma's en – in zekere mate – verminderd druggebruik en minder criminele recidive (12).

Welk model voor case management de voorkeur geniet, is op basis van dit onderzoek nog niet evident. Vooralsnog lijkt *Assertive Community Treatment* de beste papieren te hebben. Zonder verder onderzoek blijven we echter in het ongewisse of de in Noord-Amerika gevonden effecten zich ook in West-Europa bij langdurig verslaafde mensen zullen manifesteren, en of case management hier ook een duidelijke toegevoegde waarde heeft. Gelet op de verwachtingen, de investeringen en vooral ook het welzijn van de cliënten, is er een verplichting om het case management in Nederland en België van een stevigere basis te voorzien.

### Literatuur

- Geenens, K., Vanderplasschen, W., Broekaert, E., Ruyver, B. de & Alexandre, S. (2005). *Tussen droom en daad: implementatie van case management voor druggebruikers binnen de hulpverlening en justitie*. Gent: Academia Press.
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA). *Comprehensive case management for substance abuse treatment*. TIP Series 27 (1998). Rockville, U.S.: Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55, 913-922.
- Wolf, J., Planije, M., & Thuijls, M. (2003). Case management voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen. In W. Buisman e.a. (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*. (p. B 5110). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jerrell, J.M., & Ridgely, M.S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50, 109-112.
- Wolf, J., Mensink, C., van der Lubbe, P., & Planije, M. (2002). *Case management voor langdurig verslaafden*. Utrecht: GGZ-Nederland/Trimbos-instituut.
- Ridgely, M.S., & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R.S. Ashery (ed.), *Progress and Issues in case management*. (pp. 12-33). NIDA Research Monograph 127. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Van Riet, N., & Wouters, H. (1997). *Case management: een leer- en werkboek over de organisatie en coördinatie van zorg-, hulp- en dienstverlening*. Assen: Van Gorcum
- Graham, K., & Timney, C. (1990). Case management in addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 181-188.

- Yates, R., & Gilman, M. (1990). *Seeing more drug users: Outreach work and beyond*. Manchester: Lifeline Project.
- Willenbring, M.L., Ridgely, M.S., Stinchfield, R., & Rose, M. (1991). *Application of case management in alcohol and drug dependence: matching techniques and populations*. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van case management voor druggebruikers. In W. Buisman e.a. (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*. (p. B 5120, 1-34). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid. (2003.). *Handreiking voor case managers in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: GGZ-Nederland/Trimbos-instituut.
- Ashery, R.S. (1994). Case management for substance abusers, more issues than answers. *Journal of Case Management*, 3, 179-183.